

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

193
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Des Psychoses puerpérales

envisagées au point de vue

DU PRONOSTIC

PAR

GEORGES PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Institut Médico Légal et de Psychiatrie
Né à Arras, le 23 Septembre 1895

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

31

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE 1923 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Des Psychoses puerpérales

envisagées au point de vue

DU PRONOSTIC

PAR

GEORGES PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Institut Médico Légal et de Psychiatrie
Né à Arras, le 23 Septembre 1895

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE.
LETULLE
PRENANT
RICHAUD
CARNOT
LÉON BERNARD
BALTHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....

Clinique des maladies des enfants.....

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....

Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique des maladies contagieuses.....

CLAUDE
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPPERSONNE
LEGUEU
BRINDEAU
JEANNIN
COUVELAIRE
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL
SERGENT

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....

Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....

Clinique chirurgicale infantile.....

Clinique thérapeutique.....

Clinique oto-rhino-laryngologique.....

Clinique thérapeutique chirurgicale.....

Clinique propédeutique.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

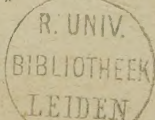
ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMAREST

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
RETTERRER
RIBIERRE
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
RICHAUD
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR A. BRINDEAU
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE PARIS

*Qui voulut bien nous accueillir à
deux reprises dans son service
de la Pitié et de la clinique
Tarnier où nous avons pu bé-
néficier de son enseignement
si clair et si pratique donné
toujours avec tant de dévoue-
ment.*

AU DOCTEUR F. LECLERC
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDECIN HONORAIRE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON

*Auprès de qui nous avons appris
non seulement à examiner nos
malades mais aussi à les aimer
et à les respecter.*

*Nous remercions ce maître de
l'affection qu'il nous a témoi-
gnée et des précieux exemples
qu'il nous a montrés. Nous gar-
derons toujours un souvenir
ému des deux années passées
près de lui.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

DOCTEUR A. SOUQUES

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DOCTEUR NAGEOTTE

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

PROFESSEUR AU COLLÈGE DE FRANCE

DOCTEUR MAUCLAIRE

CHIRURGIEN DE LA PITIÉ

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR NOBÉCOURT

PROFESSEUR DE CLINIQUE DE MÉDECINE INFANTILE

A LA FACULTÉ DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DOCTEUR OMBRÉDANNE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGEIN DES ENFANTS MALADES

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DOCTEUR P^r MERKLEN

MÉDECIN DE L'HOPITAL TENON

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DOCTEUR MILIAN

MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES PARENTS ET GRANDS-PARENTS

A MA FEMME

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDÉ AU COURS
DE MES ÉTUDES

Nous ne voulons pas entreprendre cette thèse sans avoir remercié ceux qui nous ont aidé de leurs conseils au cours de nos études :

Le Docteur Dewevre qui depuis bien des années déjà nous avait accueilli avec une affection paternelle et nous a fait bénéficier si souvent de sa vaste expérience.

Le Docteur Lantuéjoul, chef de clinique à la Faculté de Paris, qui nous a bien souvent prodigué ses conseils éclairés et affectueux.

Les Docteurs Rogues de Fursac, Bonnet et Collin, médecins chefs des asiles et leurs internes Perrunel. Robin et Carette qui nous ont ouvert leurs services et communiqué leurs observations.

Nous remercions tout spécialement, enfin le Docteur Pr. Merklen qui nous a indiqué ce travail et nous a prodigué en précieux conseils pour le mener à bien.

Nous garderons un souvenir tout particulier du temps passé dans son service.

Introduction

Durant notre séjour à l'hôpital Tenon, il est passé successivement dans le service des agités de cet hôpital cinq malades atteintes de psychose en rapport avec la puerpéralité. L'une d'entre elles présentait des signes d'infection grave et n'a pas tardé à succomber.

Pour les autres nous avons vu notre maître le Docteur Merklen hésiter et attendre avant de signer le certificat d'internement. Il ne s'y décidait que le jour où il y était contraint par le petit nombre de lits que comporte la section des agités.

Ces hésitations étaient motivées par le désir de ne pas faire interner des malades qui auraient pu guérir sans passer par l'asile. En effet il est toujours regrettable de pratiquer un internement inutile surtout lorsque celui-ci est le premier, d'autre part maniaques, confus et plus encore mélancoliques, doivent être traités dans des conditions spéciales pour ne pas pouvoir nuire aux autres et à elles-mêmes : ces conditions, pour la plus grande partie des malades, ne peuvent être réalisées qu'à l'asile.

Oui ou non, doit-on interner les malades qui font des troubles mentaux à l'occasion de la puerpéralité ? Telle est la question que nous nous sommes données comme sujet de thèse.

Pour la résoudre nous avons été amené à chercher quelle est l'évolution d'un de ces accès et secondairement quel est le pronostic lointain de ces psychoses.

Nous avons tout d'abord recherché les quatre malades que nous avons connues à l'hôpital Tenon et nous avons suivi l'évolution de leur affection.

Nous avons pu, grâce au bon accueil reçu dans les asiles, recueillir d'autres observations.

Enfin nous avons lu celles qui sont rapportées dans les thèses récentes et nous y avons cherché ce qui pouvait nous servir à établir un pronostic.

Nous allons dans les pages qui vont suivre donner le résultat de nos travaux et en déduire quelle doit être la conduite à tenir envers ces malades. Nous verrons qu'elle est variable selon les cas ; en effet la psychose puerpérale n'est pas une affection une, rentrant dans un cadre nosologique : ce n'est qu'une expression purement clinique indiquant que des troubles mentaux donnés sont survenus à l'occasion d'un phénomène lié à la vie obstétricale ; ces troubles peuvent reconnaître des pathogénies très différentes ; selon les cas, ils peuvent revêtir une symptomatologie variable, enfin leur évolution peut être très dissemblable.

Une revue rapide de la question des psychoses puerpérales en général est donc nécessaire avant d'aborder la question spéciale qui fait le sujet de cette thèse.

PARTIE I

Exposé du Sujet et Historique

L'historique des psychoses puerpérales a été fait trop souvent (1) pour qu'il soit intéressant de le rapporter en détail. Toutefois, avant d'aborder la pathogénie de ces psychoses, il est curieux de suivre l'évolution des idées à leur sujet.

Pendant toute une première période la suppression des lochies et les troubles laiteux en ont été considérés comme les causes. Hippocrate écrit dans son Traité des maladies des femmes : « Lorsque les lochies se portent vers la tête il peut survenir de l'excitation, du délire et des troubles maniaques ».

Gallien applique à cette folie sa théorie sur le trouble des humeurs ; pour lui « le sang plus brûlant s'accumule dans les mamelles et ne peut se convertir en lait. En raison des connexions qui existent entre les mamelles et le cerveau, les vapeurs brûlantes montent vers ce dernier et la manie peut survenir ».

(1) Et dernièrement par Catin, thèse de la Faculté de Paris, 1899.

Ces théories où la folie puerpérale était considérée comme une folie sympathique, restèrent longtemps en valeur. Les médecins romains et arabes, à la suite de Gallien, admettaient que les lochies et le lait remontant au cerveau par des voies mystérieuses étaient la cause des troubles mentaux du post-partum.

Sydenham (1624-1689) Levret et Stoll défendaient encore cette pathogénie après l'avoir toutefois légèrement modifiée. A la même époque, cependant, Willis et Stahl commençaient déjà à attaquer les théories galéniques.

Au XVIII^e siècle également, d'autres auteurs soutinrent une pathogénie différente. Pour eux, la folie puerpérale avait, comme cause, l'action du lait sur le cerveau. « Quand le lait, chez les nouvelles accouchées, ne sort plus par les voies naturelles qu'il a coutume de prendre pour sortir du corps, il peut être déterminé à se porter sur le cerveau. L'effet le plus ordinaire du lait sur le cerveau est de produire la démence ou la folie », Puzos, 1757.

Et l'auteur ajoute que le lait agit par engorgement et aussi en distendant les fibres du cerveau.

Sauvages (vers 1770) constata une manie laiteuse liée à l'accumulation de lait dans la boîte crânienne.

Avec Pinel (1750-1826) commence une troisième phase dans l'histoire des psychoses puerpérales : « Rien n'est plus habituel qu'un délire après l'accouchement, écrit-il ; devons-nous dire que ces trou-

bles psychiques ne sont causés que par le lait remonté à la tête ? L'étude anatomique et physiologique ne nous oblige-t-elle pas plutôt à reconnaître que la source de ces troubles mentaux survenus après l'accouchement rentre dans les modifications morbides produites par un accouchement dans les organes fortement lésés. Est-ce que l'utérus, sa muqueuse, la muqueuse du vagin, le péritoine ne s'enflamment pas produisant ainsi ses troubles ?... »

Helm regarde la manie puerpérale comme une complication de la phlébite.

Broussais (1772-1838) émet une opinion un peu différente de celle que nous venons de citer : pour lui tous les organes sont dans un état de surexcitation et de congestion éminente « si les évacuations nécessaires sont interrompues alors, une cause légère peut se fixer sur le cerveau comme sur tout autre appareil viscéral et cette cause déterminante est souvent d'ordre moral ».

Avec ces auteurs la pathogénie est devenue plus complexe, le rôle des lésions de l'appareil génital, des autres organes et celui du choc moral apparaît. Mais ce ne sont là encore que vues bien incomplètes sur la question.

Esquirol (1) fit le premier travail d'ensemble sur la folie puerpérale, travail qui forme tout un chapitre de son traité des maladies mentales.

Il y cite de nombreuses observations, insiste sur le

(1) Esquirol. — Des maladies mentales, Paris 1838.

rôle de l'hérédité et donne sur l'évolution de ces folies des renseignements sur lesquels nous reviendrons ultérieurement.

Marcé (2), en 1858, publie un traité sur la folie puerpérale. Dans son ouvrage il étudie la question sous tous ses aspects et met en valeur les causes multiples de ces psychoses. « Ainsi le travail de l'accouchement, écrit-il, avec les douleurs vives et les émotions violentes qui l'accompagnent parfois est comparable à une de ces graves opérations qui ne peuvent être menées à bonne fin sans un profond ébranlement du système nerveux. Après l'expulsion du fœtus il reste une large surface suppurante qui expose le malade à tous les accidents si connus de l'infection purulente, de même qu'à ces accidents nerveux que le moindre traumatisme amène parfois chez des sujets prédisposés : trysmus, tétanos, délire nerveux. Or, des émotions morales très vives, des douleurs violentes suivies d'un grand retentissement dans l'organisme, l'établissement d'une sécrétion qui, par son abondance et sa durée, affaiblit bien vite l'organisme, la suppression de cette sécrétion, voilà des causes énergiques dont une seule se rencontrant chez un sujet prédisposé, suffit souvent pour amener l'explosion de la folie. Ainsi pour nous l'état puerpéral n'offre rien par lui-même de spécial, pas plus pour la production de la folie que pour la production de ces accidents divers que l'on

(2) MARCÉ. — Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices.

cherche, avec tant de raisons, à rattacher à la phlébite, à l'infection purulente, à l'infection-putride. Nous diviserons les causes de la folie puerpérale en prédisposantes et occasionnelles et nous les passerons successivement en revue en cherchant à apprécier leur fréquence et leur valeur. »

Et voici résumées les causes invoquées par Marcé

Causes prédisposantes :

- 1°) hérédité
 - 2°) anémie
 - 3°) nombre de grossesse
 - 4°) âge de la mère
 - 5°) accès antérieurs
 - 6°) état moral
 - 7°) sexe de l'enfant
- (plus il est grand
plus fréquents
sont les troubles).
- (les garçons sont plus
souvent causes de
folie).

Causes occasionnelles :

- accouchement compliqué
- hémorragie
- convulsions éclamptiques
- chloroforme (son influence est niée par l'auteur)
- émotions morales (souvent invoqués à tort)
- premières menstruations (après l'accouchement)
- abcès du sein.

Nous avons beaucoup insisté sur l'œuvre de Marcé car son étude d'ensemble sur la folie puerpérale est la plus complète qui ait été faite sur ce sujet. Il a peut-être divisé d'une façon malheureuse les causes en prédisposantes et occasionnelles ; certaines d'entre elles (sexe de l'enfant, multiparité) sont erronées selon nous, mais cet auteur a mis en relief tous les points sur lesquelles ses successeurs devaient insister. Sa méthode de pure observation a empêché son livre de vieillir et aujourd'hui encore cet ouvrage présente le plus grand intérêt.

Depuis Marcé, beaucoup d'auteurs se sont occupés de la pathogénie des psychoses puerpérales. Les uns ont insisté sur le rôle de l'hérédité. Magnan, en France, a démontré et fait démontrer par ses élèves, le rôle de la dégénérescence mentale. D'autres ont mis en avant le rôle des auto-intoxications se basant sur les psychoses accompagnant ou succédant à l'éclampsie. Mme Lachapelle avait déjà noté la succession de ces deux affections. Merriman, Gooch, G. Reid, Max Donald, Simpson, ont insisté sur ces faits ; Lallier, puis Senlecq, dans leurs thèses, ont fait des revues complètes de la question des psychoses post-éclamptiques.

Très nombreux sont les auteurs qui ont signalé le rôle de l'infection dans les psychoses puerpérales :

Hansen (1888), Olshausen (1891) mais surtout Campbell, Clark (1) en 1887, ont insisté sur l'origine infectieuse.

(1) C. CLARK. — *Journal of mental science of London*, 1887-88 et l'analyse de Parant, *Annales Médico-psychologiques*, 1898.

De ces troubles psychiques Faure, Régis Toulouse se sont ralliés à cette doctrine. Picqué et Privat de Fortunié (2) dans la thèse de ce dernier (1904), ont insisté sur les formes diverses de ces délires : les uns occupant la seconde place tandis que l'infection générale tient le premier rang ; d'autres, au contraire, où le délire est le symptôme prépondérant et où l'infection est difficile à mettre en évidence même lorsqu'on la recherche.

Roger Dupouy (1), la même année, a publié une thèse volumineuse et très documentée sur la pathogénie des psychoses puerpérales et le rôle de l'auto-intoxication (2).

Avant toute étude générale sur les psychoses, nous allons citer les observations recueillies dans le service du docteur Merklen et qui ont été l'occasion de ce travail.

OBSERVATION I

Mme T..., âgée de 39 ans, est amenée à l'hôpital Tenon le 26 septembre, pour mutisme et refus d'aliments.

Cette femme reste immobile dans son lit, le regard fixé sur un point de la chambre, elle ne s'intéresse à rien de ce qui l'entoure. On ne peut en tirer ni un geste, ni une parole.

(2) PRIVAT DE FORTUNIÉ. — Thèse Paris, 1904.

(1) ROGER DUPOUY. — Thèse Paris, 1904.

(2) Nous ne donnerons pas de renseignements bibliographiques. La liste complète en est datée dans les thèses de Senlecq, Paris 1896 et de Catin, Paris 1899. Depuis lors, ce sujet a été traité à notre connaissance dans les deux articles suivants : Traité de médecine mentale de Gilbert Ballet : introduction ; Sérieux. *Revue de Psychologie*, 1902.

Le facies est vultueux, le pouls à 110 ; température 38°5. La malade perd du sang. Ventre douloureux. Utérus légèrement gros, un peu mou ; col fermé.

Les parents avouent difficilement que cette femme vient de se faire avorter et qu'elle était enceinte de 2 mois et demi environ.

Un chirurgien est appelé alors. Il confirme les données de l'examen gynécologique et trouve toute intervention inopportune. Seules des injections vaginales sont répétées plusieurs fois par jour.

Pendant quelques jours la femme reste dans l'état de stupeur où elle se trouvait à son arrivée. Le pouls continue à être rapide. La température oscille entre 37 et 38°5.

Environ 8 jours après son entrée, la malade sort de son mutisme et tient des discours incohérents. Elle ne sait ni où elle est, ni la date à laquelle on se trouve ; ses paroles sont sans suite.

L'état général continue à s'altérer de plus en plus. Facies grippé, langue saburrale, diarrhée, un peu de subictère.

Le 15 octobre la malade meurt.

L'autopsie ne montre aucun foyer purulent collecté, quelques débris placentaires subsistent dans l'utérus.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Mme L., 33 ans, vient d'un service de chirurgie de l'hôpital. Elle y a subi un curettage, nécessité par une fièvre élevée, consécutive à des manœuvres abortives au cours d'une grossesse de deux mois.

Le 10 avril, à son entrée au service des agités de Tenon, la température est de 39° et pendant 8 jours elle se maintient au-dessus de la normale. Pouls rapide, langue saburrale, pertes non fétides.

Mme L., se présente alors comme une confuse, ne sait ni d'où elle est ni d'où elle vient, ni la saison où l'on se trouve. Pendant quelques jours elle reste dans cet état. Elle présente ensuite un délire de persécution avec interprétation : délire peu coordonné où il est question d'une agression, d'un président de tribunal et de faux témoignages ; la malade se reproche sa conduite envers les enfants du 1^{er} lit de son mari ; l'aîné d'entre eux aurait pris part à l'agression. Telles sont les idées qui font la base du délire. Elles sont constantes. L'aspect de la malade au contraire varie chaque jour, tantôt très excitée, elle veut quitter son lit, interpelle les visiteurs qu'elle reconnaît comme des membres de sa famille, tantôt au contraire, elle est déprimée et s'accuse elle-même. Nous avons vu son mari. Celui-ci nous dit qu'en réalité sa femme et lui avaient été attaqués dans la rue quelque temps auparavant et avaient dû aller au tribunal comme témoins. Il nous apprend que la malade n'a eu aucun trouble psychique, qu'elle ne boit pas et qu'elle est d'une intelligence normale. Elle a eu 2 enfants bien portants. Les accouchements ont été normaux. Il connaît mal la famille de sa femme, mais n'a pas connaissance d'internements.

Le 20 avril, malgré les insistance du mari, la malade est transférée à Ste-Anne, puis à Maison-Blanche. A la sortie de l'hôpital cette femme ne perdait plus. Son état général s'était amélioré. L'état mental restait stationnaire.

Le 22 avril, la malade arrive à Maison-Blanche.

Elle ne sait plus son nom de jeune fille et se croit en prison. Elle est anxieuse et refuse les aliments. Elle sait venir de Tenon où « on m'a cuisinée, dit-elle, c'étaient les magistrats qui agissaient ainsi. On m'avait mise seule dans une chambre où je voyais les cercueils de mes parents, où j'entendais des voix qui correspondaient... »

Pendant les 5 mois suivants l'état mental reste le même, avec tantôt inertie et refus d'aliments, tantôt agitation et violence (coups à ses voisines).

En octobre, l'amélioration est notable et progressive. Le 9 novembre la malade sort guérie et sa guérison s'est maintenue depuis lors.

OBSERVATION III

Marie D..., 25 ans, couturière.

Accouche chez elle, le 5 juin, d'une fille bien constituée.

Se lève au troisième jour après l'accouchement et s'occupe de son ménage.

Son état psychique reste normal jusqu'au 1^{er} juillet au soir.

Elle déclare brusquement alors à son mari « ça ne va pas » et toute la nuit répète la même phrase.

Les jours suivants les troubles mentaux persistent et le 7 cette malade est amenée à Tenon.

A son arrivée l'examen somatique reste négatif : le pouls est à 80 ; la température 37° le matin, 37°6 le soir ; rien à noter aux seins, ni au ventre. Les pupilles réagissent bien ; les réflexes normaux ; pas de tremblements des doigts.

La malade est anxieuse, se plaint de douleurs de tête, de la gorge, du ventre, elle craint de mourir... mais ce syndrome reste flou. Les jours suivants on note : « lenteurs des réponses... amnésie... ignore où elle est... s'étonne de tout... inaffectivité ».

Son état varie chaque jour : tantôt elle est plus confuse, tantôt plus triste. Reconnaît toujours son mari... s'intéresse même parfois à ses enfants.

Antécédents héréditaires : père mort tuberculeux ; mère morte de la grippe en 1918 ; pas d'internements ni de troubles mentaux connus dans la famille.

Antécédents personnels : A toujours été bien portante, d'humeur égale, intelligence dans la bonne moyenne.

Un premier accouchement un an auparavant normal. Le

11 août cette malade est envoyée à Ste-Anne avec le certificat suivant du Docteur Merklen :

« Est atteinte de psychose puerpérale, caractérisée par de la confusion mentale (lenteur dans les réponses, étonnement, inaffectivité). A eu une période de mélancolie avec anxiété qui a marqué le début de l'état morbide ; des phases de mélancolie ont ensuite entrecoupé l'état confusionnel actuel ».

A son arrivée à Ste-Anne, elle est toujours confuse, elle se souvient de son premier accouchement (antérieur à 13 mois du dernier), mais a oublié celui-ci.

Voici noté le résultat de son examen à l'entrée :

« Je viens d'une... je viens de l'Enfant-Jésus... je crois, la dernière maison ou l'hôpital Trousseau... »

— Trousseau c'est un hôpital d'enfants,

— Pourtant c'était là que j'étais, j'étais bien soignée...

— Qu'est-ce que vous aviez ?

— Quelquefois des maux de tête... quelquefois des maux de gorge.

Efforts pour répondre... étonnement, dysmésie très accusée surtout pour les événements récents.

Mimique anxieuse, pas de délire actuellement apparent ».

A été envoyée à Maison-Blanche d'où elle est partie le 20 décembre peu améliorée.

La guérison est survenue dès qu'elle a été chez elle et maintenant cette femme a retrouvé son état psychique antérieur et repris son travail régulier.

OBSERVATION IV

Germaine M..., 21 ans, est entrée dans le service du Docteur Merklen le 17 octobre 1922, venant de la Maternité de Tenon où elle avait accouché quelques jours auparavant d'un enfant bien portant.

A son entrée quelques troubles digestifs : langue saburrale,

constipation. Cœur, poumon et réflexes normaux, rien au sein. Utérus non volumineux. Ventre non douloureux. A l'entrée la malade ne sait ni où elle est, ni d'où elle vient ; semble avoir perdu tout souvenir de sa grossesse et de l'accouchement, reste calme dans son lit. Les jours suivants, grande agitation, la malade enlève sa chemise, reste nue dans la chambre, répond à côté quand on l'interroge, répète les derniers mots de la conversation.

Puis s'installent de l'hostilité à l'interrogatoire, du refus d'aliments assez passager, de la stéréotypie et du maniérisme. Bref un ensemble de symptômes qui fait craindre la démente précoce.

Cette femme n'a eu que cet accouchement. Pas d'intoxication connue ; débilité mentale antérieure très marquée. Pas d'internement dans la famille.

Le 4 novembre, devant la persistance de ces symptômes, la malade est envoyée à Ste-Anne.

Nous ne l'avons pas suivie dans les asiles, mais nous avons appris qu'elle était rentrée chez elle au début de février et que la guérison s'est maintenue depuis lors.

OBSERVATION V

Olga D..., 22 ans, entre au service des agités de Tenon le 22 novembre 1922, elle vient de la crèche où elle nourrissait son enfant.

A son arrivée elle se présente avec un facies triste, déprimé, elle s'accuse de ne pas s'être occupé de son enfant comme elle l'aurait dû, d'avoir dérobé de petites choses étant en classe et surtout d'avoir caché sa nationalité, car elle sait bien être Allemande. Elle est dans la crainte d'être enlevée, enfermée ou tuée, et elle a de nombreuses crises de larmes.

Langue saburrale, constipation, pas de fièvre.

Pouls régulier vers 80.

Pas de signes neurologiques.

Nez en pied de marmite, front olympien, infantilisme.

Les troubles psychiques auraient débuté avant l'accouchement, pendant les derniers jours d'une grossesse normale, sans albuminurie, ni vomissements.

Les troubles très discrets alors, inquiétude, tristesse se seraient accrus à partir du 15 octobre, ont nécessité son isolement le 22 novembre.

L'ami de la malade nous dit qu'elle est sobre, n'a pas eu, à sa connaissance, d'antécédents psychiques. Cette femme a été en classe jusqu'à 13 ans. Elle n'a pas pu avoir son certificat. Etat de débilité mentale profond. Le 1^{er} décembre elle est envoyée à Ste-Anne, d'où elle est dirigée vers Ville-Evrard. Elle y est admise avec le certificat suivant du docteur Rogues de Fursac : « Présente un état dépressif avec idées de persécution et mystiques : anxiété épisodique ».

A ce moment elle ne sait où elle est. En Allemagne ? Croit-elle. Bientôt elle entend des voix qui lui adressent des reproches.

Le 28 janvier on signale une amélioration. La malade s'occupe. Etat général bon. Elle est toujours triste. Cette amélioration ne dure pas. Le 13 février, le D^r de Fursac note : Dissociation psychique très prononcée, mimique discordante, rire stéréotypé. Affaiblissement de la tension, quelques hallucinations auditives.

Pendant l'examen la malade entend des voix qu'elle ne connaît pas, quitte sa place pour regarder à la fenêtre « parce qu'elle ne peut pas regarder toujours la même personne ». Elle se plaint de ne pas avoir vu son enfant depuis deux mois et s'en plaint en riant.

Son état stationnaire a provoqué l'envoi de la malade à l'asile d'Evreux, et il est à craindre qu'elle évolue vers la démence précoce.

Le docteur René Bessière, médecin-chef de cet asile, a bien voulu nous envoyer de ses nouvelles le 17 avril 1923. Voici

la dernière partie de sa lettre : « La malade se montre calme, s'occupe un peu à la couture ; elle écrit au père de son enfant des lettres stéréotypées et peu cohérentes ou elle répète les mêmes phrases : qu'elle veut s'en aller, qu'elle veut avoir des nouvelles de son enfant. Le graphisme est très désordonné, elle fait des grimaces chaque fois qu'on l'interroge, éclate de rire sans motifs et on ne peut obtenir d'elle aucun renseignement précis sur sa vie antérieure ; les troubles de l'attention sont profonds. Son ami vient la voir, insiste pour la reprendre et j'accorde un congé d'un mois à titre d'essai. Elle a quitté l'asile le 10 avril avec son ami...

« Je ne pense pas qu'il puisse la conserver longtemps, car j'ai l'impression qu'il s'agit d'un état chronique (démence précoce probable) ».

Si nous résumons ces cinq observations, nous voyons que la première a trait à une infection générale s'accompagnant de troubles psychiques. Ceux-ci n'ont pas hâté le décès de notre malade.

La troisième et la quatrième observations se rapportent à des femmes qui, ayant eu des accouchements normaux, ont fait des troubles mentaux sans raisons apparentes.

L'observation II est intermédiaire : au début, Mme L... a fait des accidents aigus d'infection, mais ceux-ci se sont guéris rapidement laissant subsister les troubles psychiques durant six mois.

La cinquième enfin est plus complexe. Cette malade fait-elle une psychose semblable aux précédentes, mais revêtant une forme particulière ou une démence précoce dont le début aurait coïncidé avec un accouchement ? Seul l'avenir permettra de le savoir d'une façon certaine.

Il résulte de ces quelques observations :

1° Que la psychose post-partum n'est pas une affection unique ayant une place dans le cadre nosologique. Ce terme signifie seulement qu'une psychose quelconque est survenue après un accouchement ou un avortement. C'est pourquoi les auteurs des traités modernes de pathologie mentale ne traitent plus le sujet des folies puerpérales.

2° Que ces psychoses ne revêtent pas une forme mentale constante même lorsqu'elles surviennent dans les mêmes conditions.

Pour leur étude, la division qui nous semble la plus conforme à la clinique est la suivante :

1° Psychoses consécutives à des crises d'éclampsie.

2° Septicémies puerpérales avec troubles psychiques.

3° Psychoses survenant sans raison apparente.

Nous refusons, au contraire, de faire rentrer dans le cadre des psychoses puerpérales, les maladies mentales nettement cataloguées comme la paralysie générale ou les psychoses hallucinatoires chroniques, quand bien même leur début remonterait à un accouchement. Nous n'en dirons que quelques mots au chapitre du diagnostic.

Psychoses Post-Eclamptiques

Ces psychoses sont rares. Nous n'avons pas eu l'occasion d'en voir durant nos études, ni d'en trouver une seule observation inédite dans les recherches que nous avons entreprises pour faire cette thèse.

Marcé admet l'existence de ces troubles, mais n'en a jamais rencontré. Lallier (1) et Senlecq (2) insistent aussi sur leur rareté. Pour ce dernier on trouverait du délire dans trois pour cent des cas d'éclampsie. Dans plusieurs des observations qu'il rapporte les psychoses peuvent d'ailleurs être mises sur le compte de l'épilepsie ou de l'alcoolisme.

Nous ne dirons rien de l'opinion des auteurs sur leur pathogénie : celle-ci est encore plus obscure que celle de l'éclampsie. Il semble que dans l'un et l'autre cas il s'agisse d'auto intoxication, mais cette question dépasse de beaucoup le sujet de ce travail.

Les troubles psychiques succèdent tantôt à une crise d'éclampsie unique tantôt à des crises convulsives répétées. Ils n'ont aucun rapport avec l'intensité de ces crises.

(1) LALLIER. — Th. Paris 1892.

(2) SENLEcq. — Th. Paris, 1896.

Sauf de très rares exceptions le délire ne succède pas directement au coma, il survient deux ou trois jours après lui, parfois plus tardivement encore, six et huit jours après le début de la diurèse. C'est donc au moment où tout danger semble écarté qu'apparaissent les accidents.

La malade présente subitement des hallucinations de la vue et de l'ouïe, parfois des autres sens. Ces hallucinations déterminent de l'agitation avec cri, frayeurs et loquacité. La malade répond aux voix qu'elle entend et leur adresse des discours incohérents.

L'interrogatoire révèle un état confusionnel plus ou moins marqué : oubli des événements récents, de l'accouchement (certaine malade qui a eu son enfant depuis plusieurs jours déjà s'imagine l'entendre crier dans son ventre, ou croit être en train d'accoucher) et parfois même de la grossesse.

Ces femmes sont désorientées dans le temps et dans l'espace ; elles ne peuvent ni grouper leurs idées, ni suivre un raisonnement ; cependant, à la différence des démentes, elles font souvent effort pour comprendre et répondre.

Cet état dure plus ou moins longtemps, parfois quelques heures, plus souvent quelques jours. En règle générale, les troubles hallucinatoires sont moins prolongés que l'état de confusion mentale. La guérison survient généralement après une phase assez longue durant laquelle la femme resté un peu

confuse, étonnée et doit être réentraînée à sa vie ordinaire.

Le diagnostic de ces troubles s'impose quand on les voit survenir après une crise d'éclampsie. Au contraire, il est impossible à établir lorsqu'on n'a pas de renseignements sur leurs débuts. L'état confusionnel avec hallucinations n'a rien de caractéristique. Il est commun au délire de l'alcoolisme subaigu, de l'épilepsie et ressemble à celui des psychoses infectieuses post puerpérales ou post opératoires.

Nous verrons dans la deuxième partie de ce travail quelle est la durée moyenne de ces psychoses, et quelle doit être la conduite à tenir en face de l'une d'elles. N'ayant pu trouver d'observations inédites sur ce point, nous rapporterons trois observations tirées des thèses de nos prédécesseurs.

OBSERVATION VI

(Bar in thèse Lallier)

Marie J..., 22 ans, cuisinière, enceinte de huit mois, a eu six attaques d'éclampsie et a subi une saignée lorsqu'elle est amenée à l'hôpital St-Louis, dans le coma, le 31 octobre 1891.

Après son arrivée nouvel accès d'éclampsie, lavement au chloral, inhalation de chloroforme jusqu'à onze heures du soir. A minuit accouchement d'un enfant mort, délivrance naturelle.

Le 3 novembre, dans la soirée, la malade présente une série d'hallucinations, elle prend la nourrice pour sa tante, croit voir et entendre son mari faisant du bruit au fond de la salle :

l'interpelle pour lui imposer silence, elle croit entendre crier un enfant dans son ventre et dit qu'elle va accoucher de cinq enfants.

Son délire est calme, sans agitation ni tristesse.

Ces troubles psychiques durent trois quarts d'heure environ et se reproduisent le lendemain à peu près à la même heure.

Suites de couches régulières apyritiques.

La malade sort le 15 novembre.

OBSERVATION VII

(*Senlecq*)

A..., 36 ans, primipare, épileptique, ayant déjà été internée, présente au huitième mois de sa grossesse un accès d'éclampsie. Accouchement au forceps, coma consécutif prolongé. Au bout de trois jours la malade est très améliorée.

Le quatrième jour la malade se lève subitement de son lit entendant quelqu'un l'insulter et voyant des diables rouges qui veulent lui couper les cheveux.

Agitation très grande, tentative de défenestration. Insomnie. Incohérence des idées, actes violents.

Guérison totale au bout de 67 jours.

OBSERVATION VIII

(*Senlecq*)

M..., 27 ans, journalière, entre le 27 octobre 1888 à l'hôpital Tenon.

Troisième grossesse : durant les premiers mois céphalée et vomissements.

A l'arrivée à Tenon : grossesse de sept mois, œdème de la

face et des jambes, nuages devant les yeux. 7 fr. d'albumine dans les urines.

A 11 heures, accès d'éclampsie, suivi d'un second à 1 h. 20 et d'un troisième à 2 heures et demie. Chloral en lavement, inhalation de chloroforme.

A huit heures, la malade reprend connaissance, est légèrement agitée. La température est normale.

Le 28 à deux heures du matin, quatrième accès d'éclampsie ; à cinq heures et demie, accouchement et délivrance.

Le 29 octobre : trois accès d'éclampsie le soir.

Urine 3000 gr., urée 11 gr. par litre.

Le 30 : 2.250 gr. d'urine, avec 2 gr. d'urée par litre.

Le 31 : regard vague, égaré. Urines 1000 gr.

Le 1^{er} novembre : malade incohérente, veut se lever, sort de la salle. Elle voit des bêtes courir sur son lit, des personnes qui se querellent ou l'ennuient.

Agitation très vive durant la nuit. Urines 1000 grs.

Le 2, la malade divague toute la nuit ; agitation avec délire ; calmée un peu par quatre lavements froids avec 4 gr. de chloral. Urines 750 gr., urée 20 gr. par litre.

Le 3, agitation durant la nuit, plus calme dans la journée.

Le 4 délire moindre, hébétude.

Le 7, l'hébétude disparaît, légère torpeur intellectuelle.

Le 17, la malade sort de l'hôpital bien guérie.

Septicémie puerpérale avec psychose

Nous décrivons sous ce titre les cas dans lesquels l'infection générale domine la scène et où les troubles mentaux sont secondaires. Les troubles psychiques peuvent accompagner une infection succédant directement à un accouchement ou à un avortement (fièvre puerpérale). Ils peuvent au contraire se présenter longtemps après la naissance de l'enfant, compliquant une métrite, une salpingite ou un abcès du sein.

La nature infectieuse de ces psychoses fut signalée par de nombreux auteurs, dès que Pasteur, Dôlérès, puis Widal eurent démontré que les accidents fébriles des suites de couches étaient liés à l'infection.

En 1887 et 1888 parurent deux études d'ensemble de la question. L'une de Hansen, l'autre de Campbell-Clark qui rapportèrent de nombreuses observations.

Parant, en 1888, traduisit l'article de Clark et confirma l'opinion de cet auteur.

Faure, puis Lallier citèrent dans leur thèse de nombreux faits nouveaux et actuellement l'origine

infectieuse de ces troubles mentaux n'est plus discutée.

Privat reprit le sujet et a contribué à bien isoler ces formes de celles que nous étudierons dans le chapitre suivant.

Il est évident que ces psychopathies n'accompagnent que rarement les septicémies même graves et qu'un terrain spécial est nécessaire à leur éclosion : la dégénérescence mentale pour employer l'expression de Magnan, ou toute autre prédisposition humorale dont la nature nous échappe encore.

Notre observation I se rapporte à un délire de cette catégorie. Nous en avons observé un autre cas à Ville-Evard dont nous rapportons l'observation. Nous ferons suivre celle-ci de trois autres tirées de la thèse de Privat et particulièrement typiques.

OBSERVATION IX

(Prise dans le service du D^r Rogues de Fursac)

Mme S..., 39 ans.

Accouche de son deuxième enfant le 8 mars 1920. Accouchement suivi d'hémorragie abondante. Fièvre et délire suivis de phlegmatia alba dolens. Le 14 août, amené à Ste-Anne, où l'on rédige le certificat immédiat suivant : « Troubles mentaux consécutifs à l'accouchement, délire mystique avec idée de persécution. Elle croit qu'on va la tuer en expiation de ses fautes.

Refus d'aliments. Dépression. Phlegmatia alba dolens.

Sur le certificat de quinzaine on note en outre des hallucinations auditives.

Depuis deux ans la malade ne s'est pas améliorée. Idées de persécution et hallucination semblent avoir disparu. La malade est confuse, incohérente, elle ne sait plus avoir d'enfants.

Antécédents : Père inconnu. Mère sans troubles psychiques. Trois sœurs vivantes, une morte en bas-âge.

Mme S. avait eu un premier accouchement normal. Les deux enfants sont bien portants.

OBSERVATION X

(in thèse Privat)

Mme Marie G... entre à la Maternité de St-Antoine le 23 septembre 1901, venant d'un service de médecine de cet hôpital. La dilatation est complète. Albumine dans les urines. Cinq minutes après son arrivée, la malade accouche d'une fille vivante. La délivrance est naturelle et complète.

Le 29 septembre la température atteint 39°5, les lochies sont fétides. Ces symptômes persistant, le 5 octobre on pratique un écouvillonnage. Les jours suivants la malade va très mal, le délire devient violent, gâtisme.

Malgré des injections de sérum de Marmoreck et un abcès de fixation, les phénomènes généraux empiraient jusqu'au 14 octobre, jour où la malade meurt.

OBSERVATION XI

(in thèse Privat)

Marie O..., 32 ans, entre à Ste-Anne le 20 février 1903.

Cette malade est accouchée le 11 février. Après son accouchement, elle est devenue coléreuse, agitée. Elle causait beaucoup, parlait de l'affaire Humbert distribuait ses millions. Depuis deux jours Mme O... est devenue taciturne, elle ne

s'intéresse pas à son enfant, elle s'imagine être morte, on va l'enterrer ; elle ne dort pas, et se met à crier dans la nuit que son mari va la tuer. Elle n'a pas mangé depuis 48 heures.

Antécédents héréditaires : Toute la famille est nerveuse.

Antécédents personnels : Cette malade a toujours été coléreuse. C'est son cinquième accouchement. Les cinq enfants ont tous très bien portants. Son premier accouchement a été également suivi d'une agitation passagère (deux à trois heures).

20 février. A son entrée on constate l'état suivant : délire mélancolique avec idées de persécution, refus d'aliments. Excitation par intervalles.

21 février. Température du soir 39°2.

22 février. Température matin 38°5. Ventre ballonné, douloureux, trois frictions au collargol, le soir température 39°8.

23 février et jours suivants : température variant entre 37,4 et 40.

27 février. La malade est envoyée au pavillon de chirurgie (service de M. Picqué), elle est très amaigrie, présente de la confusion mentale et ne peut donner aucun renseignement sur son état. La température est élevée. On fait le diagnostic de septicémie puerpérale.

A l'examen on trouve un utérus gros. Ecoulements abondants et fétides, col peu coloré ; rien d'appréciable dans les annexes, rien de péritonéal.

1^{er} mars. On pratique un curettage qui ramène peu de fragments. Glycérine créozotée, drainage utérin. Température avant opération 37,2, le soir 37,6.

2 mars. T. matin, 38,6 ; soir, 38°.

3 mars. T. 38,4. Il existe au niveau de la malléole externe du pied droit une tuméfaction rouge, pseudo fluctuante. Une incision est pratiquée, le tissu cellulaire est épaissi mais il n'y a pas de pus. T. soir 39,8.

4 mars. T. matin 37,6, soir 40 degrés.

5 mars. T. matin 37,2. Il existe des signes incontestables

d'arthrite tibio-tarsienne. La température restant élevée, M. Picqué pratique le soir même l'extirpation de l'astragale : il s'écoule une notable quantité de pus. Deux incisions sont faites de chaque côté du tendon d'Achille pour le drainage. T. du soir 38,8. Les jours suivants l'état de la malade s'améliore rapidement depuis l'ouverture de son arthrite suppurée.

La température reste au-dessus de 37° jusqu'au 25 mars. A partir de ce moment la température est normale, l'état mental s'améliore parallèlement.

Le 4 mai, la malade sort guérie au point de vue mental et au point de vue physique en état de reprendre ses occupations et de soigner ses enfants.

OBSERVATION XII

(in thèse Privat)

Houzeau et Delagenière citent le fait suivant : Une femme accouchée au mois d'août présente au 24 octobre des phénomènes péritonéaux s'accompagnant de délire violent. Le 30, on pratique un curetage qui ramène des débris de placenta.

Le 3 novembre, l'amélioration est sensible et le 20 la guérison est complète.

Dans tous les cas dont nous venons de parler, les troubles mentaux occupent le deuxième rang ; c'est la septicémie qui doit attirer toute l'attention ; c'est elle qui règle le pronostic et le traitement.

Psychose du post-partum survenant sans raisons apparentes

Ce sont de beaucoup les plus nombreuses. Elles débutent tantôt durant les premiers jours, tantôt dans les semaines et les mois qui suivent l'accouchement.

Il semble que ces troubles mentaux soient plus fréquents chez les femmes qui nourrissent ; ceci n'est pas certain car si la femme n'allait pas lors de son internement il peut arriver souvent que la notion de puerpéralité récente échappe à l'observation.

L'étiologie de ces troubles psychiques a été très discutée. Pour les uns l'hérédité en est la cause ; pour d'autres, le choc moral, l'infection ou l'anémie doivent être incriminés.

Nous ne voyons pas la nécessité d'invoquer une étiologie commune pour des troubles différents dans leur forme, leur évolution et leurs conditions d'apparition.

La prédisposition nous semble un élément indispensable. En effet, l'accouchement, phénomène essentiellement physiologique, les états d'infection ou d'anémie si fréquents, ne peuvent déterminer

des troubles psychiques qu'en agissant sur un terrain particulièrement préparé.

Par contre, la prédisposition n'est pas suffisante en elle-même pour expliquer la date d'apparition des phénomènes psychiques. La grossesse est l'agent surajouté nécessaire. Bon nombre de femmes dont la débilité psychique est évidente, ne font des troubles importants qu'à l'occasion de leur grossesse.

Nous avons trouvé à Maison Blanche une observation typique à cet égard.

OBSERVATION XIII

(Prise dans le service du D^r Bonnet)

Mme T..., 29 ans.

A eu un premier accouchement à la suite duquel elle a dû être internée.

En février 1917, a eu un second enfant, puis a présenté des troubles mentaux qui ont nécessité un nouvel internement. Le certificat du 11 août porte « syndrome hétérophrénocatatonique, mutisme, indifférence. » Après dix-huit mois de soins Mme T... peut sortir guérie le 12 mars 1919.

En novembre 1922, de nouveau la femme fait des troubles mentaux quelque temps après la naissance d'un troisième enfant.

Cette dernière fois le certificat d'entrée indique qu'il s'agit « d'excitation maniaque ».

La malade a été examinée au point de vue gynécologique mais l'état de son appareil génital ne nécessitait aucun traitement.

Cinq mois après son admission, la malade encore peu amé-

liorée fut transférée sur la demande de sa famille à l'asile de Naugeat.

Nous n'avons pas pu nous procurer d'autres renseignements sur cette malade sauf ceux-ci : que plusieurs médecins avaient noté « débilité mentale » sur son dossier et qu'elle n'avait eu aucun internement en dehors des trois que nous venons de mentionner.

S'il faut une occasion pour déclancher les troubles psychiques chez des prédisposés, l'étude de l'état antérieur du sujet est fondamentale. En effet, il est de notion courante, en psychiatrie, que chacun fait sa folie selon son propre psychisme.

Cet aphorisme est vrai même dans une affection aussi différenciée que la paralysie générale. La plupart des P. G. ont des idées de grandeur : ces idées sont très variables, selon les préoccupations antérieures du sujet. Chez presque tous la mégalomanie se rapporte à la fortune. De même que chez la plupart des sujets sains la question d'argent joue naturellement un rôle important. Nous avons vu dans le service du Dr Merklen des P. G. dont le délire était tout différent : l'un d'eux, associé au directeur d'une fabrique d'instruments de physique et ne s'occupant que de questions techniques, n'avait d'idées délirantes que sur la question des brevets d'invention qu'il avait pris ou allait prendre par centaines et sur les modifications qu'il voulait apporter aux lois de l'équilibre des gaz ; au autre, maçon de son état, n'était fier que du nombre d'heures de travail qu'il avait pu fournir sans interruption.

Ce sont là, d'ailleurs, des faits bien connus.

Si l'état psychique antérieur joue un tel rôle dans une affection aussi déterminée que la paralysie générale, il en jouera un bien plus grand encore dans des syndromes tels que la mélancolie et que la confusion mentale. Les délires d'un mélancolique, par exemple, sont d'autant plus variés et plus riches que le sujet est plus intelligent et plus cultivé.

La plupart des délires post-partum sont des confusions mentales. Là, plus encore que partout ailleurs, les aspects divers de la psychose sont conditionnés par l'état psychique antérieur. Cet état domine, non seulement la forme clinique et l'évolution de la psychopathie, mais il est aussi l'élément fondamental de son apparition. Cependant, quel que soit l'état de prédisposition du sujet, qu'il soit poussé à faire des troubles psychiques par suite de la dégénérescence mentale ou par suite de réactions humérales particulières, il faut qu'à cette prédisposition s'ajoute une cause occasionnelle. Voyons maintenant ces causes secondaires : choc, anémie, infection, auto-intoxication gravidique.

Les auteurs anciens, Esquirol et Marcé en particulier, attachent une grosse importance au rôle du choc émotif ou traumatique.

Il est certain que la fatigue, la douleur peuvent surprendre une femme, lors d'un premier accouchement, surtout lorsque celui-ci est long et laborieux.

D'autres considèrent la naissance d'un enfant comme un incident regrettable (deshonneur, charge

budgétaire, trouble dans l'organisation de la vie), mais ces émotions, ces chagrins n'ont pas plus de raison de déterminer une crise de folie qu'aucun autre événement pénible de l'existence. Ils n'en détermineront que chez des prédisposées : neurasthéniques, psychasthéniques ou hystériques.

Nous avons eu récemment l'occasion de voir une jeune femme, qui comptait plusieurs névropathes dans sa famille, refuser de s'alimenter après la naissance d'un enfant, tout d'abord par crainte de fièvre puerpérale puis pour suivre les conseils d'un médecin qui la croyait atteinte d'affection organique de l'estomac. Ce refus d'aliments dura plusieurs semaines et conduisit la malade à un véritable état de cachexie. Elle ne consentit à s'alimenter qu'après un long traitement psychotérique et sous la menace de la sonde.

Il y a tout lieu de croire qu'il s'agissait là d'une affection hystérique ou pithiatique, pour employer une expression plus moderne. Une réserve se pose pourtant dans le diagnostic avec une démente précoce, l'évolution seule nous renseignera.

Ces faits sont rares où l'accouchement agit en quelque sorte comme un traumatisme déterminant des manifestations pithiatiques analogues à celles de l'hystéro-traumatisme.

L'évolution dans ce cas sera absolument variable selon les sujets, les circonstances extérieures et le traitement.

L'anémie a été incriminée par de nombreux auteurs et spécialement par Pinard. C'est une étiologie que l'on est évidemment tenté d'invoquer lorsque les troubles psychiques surviennent au cours d'une longue lactation sans aucune cause apparente.

A notre avis, si l'anémie cause réellement des psychoses ce n'est que rarement, mais elle doit agir comme cause accessoire. Il est bien difficile alors d'estimer la place qui lui revient dans la pathogénie. Dans aucun des cas qu'il nous a été donné d'observer elle ne pouvait être mise en cause directement, aussi n'avons-nous pas eu l'occasion de faire des examens de sang qui auraient pu apporter quelque lumière sur la question.

Il est admis aujourd'hui par la plupart des auteurs que l'infection est la cause déterminante des troubles psychiques chez les accouchées récentes. Cette infection peut se manifester par des symptômes qui la rendent évidente (accélération du pouls, fièvre, fétidité des lochies) ou être très difficile à prouver.

De nombreux arguments viennent montrer que l'infection est vraiment en cause même lorsqu'elle est effacée.

Ce sont d'abord les nombreuses formes intermédiaires entre le cas où la septicémie est évidente et ceux auxquels nous faisons allusion actuellement : parmi ces formes de transition il en est où les troubles psychiques dominent nettement mais où l'on peut déceler des accès de fièvre passagers et discrets ;

il en est d'autres où la maladie est au début une véritable septicémie mais les troubles généraux disparaissent rapidement pour ne laisser subsister que les troubles psychiques. Nous avons observé un cas à l'hôpital Thenon (observation II).

Ce sont ensuite les analogies existant entre les psychoses du post-partum et les délires déterminés par une cause différente (fièvre typhoïde, pneumonie et surtout intervention chirurgicale dans un foyer infecté).

Ce sont enfin les résultats nombreux obtenus après un traitement chirurgical faisant disparaître la cause de l'infection.

Nous allons citer ici une observation typique.

OBSERVATION XIV

Valentine B..., 29 ans.

Entrée à Ste-Anne le 11 janvier 1904.

A. H. Père alcoolique interné 3 mois.

A. P. Accouchement normal 1897.

Le 14 décembre 1903. Accouchement chez une sage-femme, le 16, fièvre, pertes abondantes.

Entrée à Ste-Anne le 11 janvier parce que depuis le 26 décembre, elle avait des troubles délirants avec alternative de dépression et d'excitation et hallucinations multiples.

Le 14 janvier, examen gynécologique, utérus gros, mobile, cavité mesurant 11 cm., orifice du col ouvert.

Le 15, curettage, lavage de la cavité utérine, drainage.

Le 21, la malade est très améliorée, plus d'anxiété.

Le 25, transférée à Ville-Evrard, elle n'a plus d'idées délirantes ni d'hallucinations.

Le 3 février, la malade est complètement rétablie.

Enfin, à côté des faits nombreux où l'infection est en cause, il en est d'autres où l'on ne peut pas l'incriminer.

Dans ces cas c'est *l'auto intoxication* qu'il faut accuser. C'est elle qui détermine les psychoses de la grossesse ; elle joue également un rôle important dans celles du post-partum, soit qu'elle les détermine à elle seule, soit qu'elle s'associe à l'infection pour les créer ou les entretenir.

En effet : « A l'état normal comme à l'état pathologique, l'organisme est un réceptacle et un laboratoire de poisons. Parmi ceux-ci les uns viennent du dehors, les autres sont formés soit par l'organisme, soit par les microbes commensaux habitants naturels du tube digestif. Aussi l'homme est constamment sous une menace d'empoisonnement ; il travaille à chaque instant à sa propre destruction ; il fait d'incessantes tentatives de suicide par intoxication ». (Bouchard, Leçons sur les auto intoxications).

Pour se protéger contre cette intoxication, l'organisme a de nombreux émonctoires : intestins, foie, rein et menstruations pour la femme.

Pendant la grossesse la future mère consomme plus, ses règles sont supprimées, la constipation si fréquente chez la femme devient alors la règle, entraînant des fermentations intestinales, enfin le foie et le rein sont souvent fatigués et défaillants.

Durant les mois qui succèdent à l'accouchement, surtout quand la femme nourrit, les émonctoires ne retrouvent pas toute leur valeur fonctionnelle. Les

menstrues ne se rétablissent généralement pas, la constipation persiste souvent, le foie et le rein ne répriment pas leur fonctionnement normal du jour au lendemain comme le prouve la persistance de l'albuminurie et la possibilité de voir des accès éclamptiques après l'accouchement.

Il est inutile d'insister actuellement sur le rôle du foie et du rein dans l'étiologie des troubles mentaux : Joffroy, Carrière et surtout Klippel, ont montré depuis longtemps déjà, les rapports entre les troubles mentaux et les lésions hépatiques ; Lasègue et bien d'autres après lui, sur les troubles psychiques au cours de l'urémie.

Forme clinique et Diagnostic

Les formes que revêtent les psychoses puerpérales n'ont rien de caractéristique et Marcé a montré que les signes indiqués par les anciens auteurs pour les distinguer des autres folies, étaient simplement des signes qui témoignent d'un accouchement récent (engorgement des seins, écoulement des lochies).

En fait, la plupart des psychoses du post-partum et en particulier toutes celles que nous avons vues présentent, au premier chef, un syndrome de confusion mentale : ces femmes ont perdu la notion de leur situation dans le temps et dans l'espace; elles ne peuvent relier deux idées entre elles et souvent ne reconnaissent pas ou reconnaissent mal les personnes de leur entourage.

A ce syndrome s'ajoute presque toujours soit un état d'agitation maniaque, soit de la dépression mélancolique. Le plus souvent, il y a alternance entre ces divers éléments ; presque toujours, il y a même coexistence de deux d'entre eux : confusion et manie ou confusion et mélancolie. Jamais nous n'avons eu, d'une façon un peu durable, une crise de manie ou de mélancolie typique chez une de nos malades.

C'est pourquoi il nous semble impossible de vérifier dans les folies post-partum, ce fait généralement admis, que les crises de manie durent moins longtemps que celle de mélancolie. Généralement, les malades atteintes de psychoses puerpérales présentent un délire mal systématisé. Chez beaucoup de nos malades, ce délire avait pour base des idées familiales ; ces femmes voyaient leur père, entendaient sa voix, une autre conversait avec un de ses enfants, mort depuis plus d'une année. Souvent aussi, le délire est modifié par suite d'une intoxication ou d'une maladie antérieure : les alcooliques vivent dans l'effroi et la crainte : elles voient des incendies qui vont les atteindre, des animaux prêts à les dévorer ; les épileptiques ont souvent un délire à caractère religieux.

C'est évidemment dans l'état antérieur du système nerveux que réside la cause de la divergence des formes cliniques et qu'il faut chercher la raison du caractère confusionnel, maniaque ou mélancolique.

Le diagnostic entre les diverses formes de psychoses puerpérales (psychoses postalbuminurique, septicémique ou d'apparence primitive) ne pourra pas être établi par l'examen mental de la malade, seuls les anamnestiques pourront renseigner sur ce point.

Les troubles mentaux à eux seuls ne permettront pas même d'affirmer que telle malade est atteinte de psychoses puerpérale, ils pourront tout au plus mettre sur la voie, faire rechercher les signes d'accou-

chement récent et obliger parfois l'entourage à des aveux, c'est ce qui a eu lieu pour la malade I..., dont nous avons rapporté l'observation (ob. I).

Par contre, une nouvelle accouchée peut présenter du délire sans faire, pour cela, une psychose puerpérale : on peut percevoir, à l'occasion d'un accouchement ou d'un avortement, les premiers symptômes d'une affection mentale bien déterminée non en rapport avec l'état de grossesse, telle qu'une paralysie générale ou une psychose hallucinatoire chronique.

Cette constatation est même assez fréquente soit que l'accouchement ait fait apparaître les troubles, soit que ceux-ci, déjà anciens, aient été reconnus à cette époque où la femme est sous une surveillance médicale plus continue qu'en temps ordinaire.

Ce diagnostic s'établit aisément avec la plupart des affections mentales ; il est au contraire, très délicat avec la démence précoce à forme hébéphrénique.

Quand une nouvelle accouchée faisant de la confusion mentale devient indifférente, rit sans motif, présente du maniérisme, de la stéréotypie et n'essaie plus de réagir pour vaincre sa torpeur intellectuelle, les signes manquent pour établir le diagnostic entre la psychose puerpérale et la démence précoce ; seule la guérison, en survenant, pourra lever les doutes (nos observations IV et V montrent comment se pose ce diagnostic dans la pratique).

PARTIE II

Pronostic

Généralités

Nous pouvons, maintenant, aborder la véritable question de ce travail. Quel est le pronostic d'une psychose puerpérale. C'est seulement quand nous aurons étudié ce point que nous pourrions discerner la conduite à tenir.

Tout ce que nous venons de voir nous montre combien il est difficile de se former une idée sur le pronostic. Pour y arriver, deux méthodes sont en présence : l'une consiste à s'appuyer sur la statistique, l'autre sur quelques observations particulièrement typiques. Nous allons les employer l'une et l'autre.

Les chiffres que nous allons citer sont les uns empruntés à des auteurs anciens, comme Esquirol et Marcé, les autres dus à nos recherches personnelles. Les diverses statistiques sont de valeur bien inégales, aussi les donnerons-nous séparément. En effet, Esquirol et Marcé considéraient la folie puerpérale comme une entité et dans leurs statistiques, les di-

verses formes cliniques sont mélangées. Nous nous sommes, au contraire, efforcés de tirer les observations avant de les utiliser.

Esquirol a observé 92 cas de folie puerpérale, sur ces 92, 55 seulement ont guéri.

4 dans le 1^{er} mois.

7 » » 2^e »

6 » » 3^e »

7 » » 4^e »

5 » » 5^e »

9 » » 6^e »

15 » » » 7^e et 8^e mois.

2 ont guéri après deux ans.

La moyenne varierait donc entre 5 et 6 mois, sur la statistique d'Esquirol.

Marcé distingue les psychoses du post-partum en deux classes, celles des nouvelles accouchées et celles des nourrices. Il a vu 24 cas de psychoses des nouvelles accouchées. Sur le nombre, 18 ont guéri, 4 sont mortes, 2 sont restées incurables.

Les guérisons sont survenues :

Dans 3 cas après quelques jours.

» 8 » » plus d'un mois.

» 1 » » de 2 mois.

» 1 » » de 3 »

» 3 » » de 4 »

» 1 » » de 5 »

» 2 » » de 6 »

» 2 » après plus d'un an.

Marcé a observé également 26 cas de folie chez des nourrices.

Deux de ces femmes sont mortes, l'une de tuberculose, l'autre de troubles digestifs consécutifs à une alimentation à la sonde. Une est restée incurable, 3 enfin, étaient encore en évolution quand Marcé a écrit son livre.

Les 20 guérisons se répartissent ainsi :

6 après le 1^{er} mois.

5 dans le 2^e et 3^e mois.

2 dans le 4^e mois.

2 dans le 8^e mois.

6 sont guéries après 1 à 2 ans de maladie.

La moyenne de ces deux statistiques tend à prouver que la guérison survient environ 5 mois $\frac{1}{2}$ après le début des accidents. Elle serait, d'après Marcé, plus longue à obtenir lorsque les troubles surviennent tardivement (folie des nourrices).

Personnellement, nous avons repris dans ce chapitre la division que nous avons indiquée dans la première partie de cette thèse. Nous étudierons donc les délires post-éclamptiques, les psychoses liées à une septicémie, puis celles survenant sans lésions apparentes.

PSYCHOSES POST ÉCLAMPTIQUES

Nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer et nous nous bornons à une étude des 39 observations rapportées par Senlecq.

Sur ce nombre, 29 guérisons, 2 démences et 8 morts.

9 malades ont guéri en moins de 10 jours.

7 » » » entre 10 et 15 »

6 » » » » 15 » 20 »

1 » » » » au 31^e jour.

1 » » » » 60^e »

1 » » » » 67^e »

1 » » » » en 4 mois.

Pour les 3 autres, la guérison a été rapide, mais l'auteur ne spécifie pas davantage.

La moyenne de ces cas est inférieure à 20 jours.

Le pronostic des psychoses post éclamptiques est donc assez bénin au point de vue mental tout au moins. Dix de ces malades, en effet, sont mortes mais ceci tenait à leur éclampsie et aux complications qu'elle avait pu entraîner, et non pas à l'état mental.

Si nous examinons maintenant quelques-unes de ces observations, nous voyons à côté des 3 cas que nous avons rapportés (obs. VI, VI, VII et VII) où la durée a été de 12, 20 et 67 jours, d'autres observations où l'évolution a été plus rapide.

Bibergeil, cité par Senlecq, rapporte un cas où la folie n'a duré qu'un jour ; dans une autre observation, on trouve deux crises de psychose ayant duré 5 heures chacune et s'étant présentées à 24 heures d'intervalle.

Reibell rapporte l'observation suivante :

Primipare de 20 ans (5 accès d'éclampsie durant le travail). Délire succédant immédiatement au coma, cris, chants, pleurs. La malade quitte sa chemise et veut sortir nue. Cet état dure 4 jours, puis sommeil profond pendant 24 h., à la suite duquel elle se réveille guérie.

Ni la fréquence des accès éclamptiques, ni la durée de temps qui s'est écoulé entre ces accès et l'apparition de la psychose, ne peuvent servir en rien pour établir le pronostic. Il faut donc connaître la bénignité fréquente des formes, leur évolution souvent rapide, mais craindre parfois une surprise désagréable que rien ne viendra fait prévoir.

SEPTICÉMIES DÉLIRANTES D'ORIGINE PUERPÉRALES

Sous ce titre, nous décrirons des affections d'origine très variable s'accompagnant de troubles mentaux.

Leur pronostic est lié à la gravité des phénomènes généraux. Lorsque ceux-ci évoluent vers la guérison, l'état mental s'améliore, tantôt parallèlement, tantôt plus lentement que l'état général. Notre statistique porte sur 15 cas. 3 sont personnels, les autres empruntés à des thèses récentes. Sur ces 15 cas, il y a eu 5 morts, les autres se sont guéries en des périodes variables, sauf une de nos malades dont l'observation est rapportée plus haut (observation IX).

1 malade a été guérie en 15 jours

1 » » » » » 2 mois

2 » » » » » 3 mois

2 » » » » » 4 mois

1 » » » » » 6 mois

2 » » » » » 9 mois

La moyenne a donc été de 4 mois.

Voyons de plus près quelques-unes de ces observations.

3 d'entre elles ont déjà été rapportées aux formes cliniques (obs. n° VI, VII, VIII). En voici quelques autres.

OBSERVATION XV

(Résumée de Privat)

Elise M..., 41 ans.

Entre à Ste-Anne le 14 août 1901; a déjà eu plusieurs accès délirants : l'un en 90, un autre en 92, qui ont nécessité un internement de 4 mois, un troisième en 96 (internement de 6 mois).

Accouchement en décembre 1900. 8 mois après, abcès du sein, troubles mentaux. Malade amenée au pavillon de chirurgie de Ste-Anne avec un sein gauche tuméfié, rouge. T° 39-40.

Le 15 août, le 2 septembre, puis le 9, on pratique des incisions de cet abcès. C'est après la 3^e intervention que l'état mental commence à s'améliorer en même temps que l'état physique. La malade sort guérie le 14 avril 1902.

OBSERVATION XVI

(Résumée de Privat)

Mathilde, 19 ans.

Entre à Ste-Anne le 30 juillet 1902, avait eu un accouchement normal le 7 juin. Le 18 avait présenté du bavardage et refus d'aliments, en même temps rougeur du sein.

Le 30 juillet est amenée à Ste-Anne, pavillon de chirurgie avec abcès du sein, mutisme. T° 38. Le 5 août, incision. La t° reste élevée, l'état général mauvais. Suppuration du sein. Le 27 septembre, nouvelle incision. En octobre et novembre, la fièvre persiste, l'état général reste mauvais. Ce n'est que vers la fin de novembre que la fièvre tombe et que la malade s'améliore psychiquement et physiquement.

La malade sort le 16 janvier parfaitement guérie.

OBSERVATION XVII

(Résumée de Privat)

Jeanne C., 26 ans, entrée à Ste-Anne le 1^{er} juillet 1902.

Accouchement le 1^{er} juin d'un enfant bien portant. Retour chez elle le 20 juin. Le 24 scène de jalousie, se croit empoisonnée, excitation, injures au voisin.

1^{er} juillet : entrée à Ste-Anne.

24 juillet : entre en chirurgie pour abcès du sein et salpingite. Incision. Curettage utérin.

2 septembre : on note agitation, hallucination, préoccupations mystiques ; l'abcès du sein est guéri, les lésions utérines persistent.

La malade sort le 9 avril guérie de ces troubles mentaux, persistance de pertes jaunes verdâtres.

OBSERVATION XVIII

(Prise dans le service du D^r Bonnet)

Mme D..., 21 ans, accouche le 1^{er} janvier 1921. Déchirure du périnée et suture. Les jours suivants, fièvre élevée et albuminurie.

Le 12 janvier la malade entre à Ste-Anne où elle reste jusqu'au 5 février. A cette époque les lésions vulvaires sont guéries. Elle est alors rendue à sa famille.

Le 4 mai, la malade trouvée errante avec son enfant est conduite à l'infirmerie du Dépôt. Nouvel internement du 4 au 19 mai 1921.

Les troubles mentaux de cette malade n'étaient pas complètement guéris lors de sa première sortie, tandis qu'ils avaient entièrement disparu lors de la seconde.

Ces observations sont plus intéressantes que la statistique qui les précède. Celle-ci rapporte la durée de l'affection causale et non pas celle des troubles mentaux eux-mêmes.

Il rentre plus dans notre sujet de thèse de noter que dans 7 cas sur les dix, que nous avons étudiés, les troubles psychiques et physiques ont évolué de pair. Dans 3 cas, au contraire, le délire a subsisté, deux fois six mois environ, une fois trois mois après la disparition des phénomènes généraux.

Il faut tenir compte de ces cas dans le pronostic de ces septicémies.

PSYCHOSES PUERPÉRALES PROPREMENT DITES

Notre statistique porte sur 41 cas. 18 nous sont personnels. 15 sont tirés de thèses récentes. Ces statistiques ne sont pas impeccables. Dupouy, Privat et moi-même, avons cherché nos observations dans les asiles. Nous n'avons pu y trouver que des malades dont les troubles avaient été assez sérieux.

A côté de ces cas, il doit en exister d'autres plus bénins à troubles passagers. Cette réserve étant faite, revenons à nos 41 malades : 28 sont guéries, 10 sont considérées comme incurables, 3 évoluent sans qu'on puisse savoir ce qu'elles deviendront. Les 28 guérisons se sont produites dans des temps variables.

4	ont guéri le	1 ^{er}	mois
3	»	»	2 ^e »
5	»	»	3 ^e »
4	»	»	4 ^e »
5	»	»	5 ^e »
1	»	»	6 ^e »
1	»	»	7 ^e »
2	»	»	9 ^e »
1	»	»	10 ^e »
1	»	»	12 ^e »
1	»	»	18 ^e »

Quant aux autres :

4 évoluent vers la démence précoce.
1 évolue vers le délire systématisé.

2 sont devenues démentes et gâteuses.

3 ont gardé leur forme primitive de délire et celui-ci est devenu chronique.

3 enfin sont encore en cours de traitement.

Sur ces 41 malades, 5 ont été internées lors d'accouchements antérieurs et une en dehors de tout état puerpéral.

Nous allons détailler notre statistique à l'aide de nos observations.

OBSERVATION XIX

(Prise dans le service du D^r Rogues de Fursac)

Mme Cl..., 48 ans, a eu neuf enfants ; six d'entre eux sont aujourd'hui bien portants, trois sont morts de méningite.

Aucun internement dans la famille. Pas d'intoxication.

Les six premiers accouchements ont été normaux.

Le septième a été suivi d'un état dépressif qui a nécessité trois mois de traitement dans une clinique privée.

Huitième grossesse : normale.

Dès le début de la neuvième, cette malade avait présenté des troubles psychiques « on lui en voulait... on lui faisait du mal, on l'insultait, elle était harcelée par ce qu'on disait ».

Après l'accouchement les symptômes psychiques ont augmenté progressivement, l'état général restant bon. Pas de fièvre ni de fétilité des lochies.

Le 2 novembre : internement.

On note sur le certificat : « On lui envoie du vent pour l'endormir, une odeur qui la pique et l'engourdit... on veut couper les bras et les jambes de ses enfants, claustration, refus partiel d'aliments, agitation nocturne, soliloque : la malade

répond à ses hallucinations. Idée et tentative de suicide, céphalée, amnésie professionnelle ».

Depuis quelque temps cette malade s'est beaucoup améliorée. Elle n'entend plus de voix, mais ne se rend pas compte d'avoir déliré. Elle a eu « comme un brouillard devant les yeux ».

Le 1^{er} avril 1923 : cette femme est sur le point de quitter Ville-Evrard, elle est guérie.

OBSERVATION XXIV

(Prise dans le service du D^r Bonnet)

Mme H..., 31 ans, a été internée 9 mois, pour une psychose consécutive à un accouchement, la guérison a été complète.

Le 18 décembre 1920, nouvel accouchement.

Quinze jours après la malade doit être internée une seconde fois pour « agitation maniaque avec confusion dans les idées », dit le certificat d'admission.

Sort guérie le 23 août 1921, plus de six mois après son entrée.

OBSERVATION XXV

(Prise dans le service du D^r Rogues de Fursac)

Mme P..., 37 ans, a accouché le 15 février et doit être internée au début d'avril. Son certificat porte : « excitations avec paroles incohérentes, besoin de remuer, craintes non justifiées sur la santé de ses enfants ».

Sort très améliorée le 6 novembre après 7 mois de traitement.

Sept ans auparavant la malade avait été internée neuf mois pour des troubles analogues survenus trois mois après un accouchement.

OBSERVATION XXVI

(Prise dans le service du D^r Rogues de Fursac)

Mme P..., 32 ans, accouchée le 5 juin 1920, entre au service des agités de la Pitié le 24 septembre pour mélancolie ayant apparu peu après l'accouchement, mais très accrue par la mort de son enfant survenue au mois d'août.

A la période de tristesse succède une période d'agitation qui fait décider son internement le 20 novembre.

Le 6 mars, trois mois et demi après son admission, la malade sort guérie.

OBSERVATION XX

(Prise dans le service du D^r Bonnet)

Mme D..., 29 ans, accouche le 3 mai 1920 et nourrit son enfant jusqu'au mois de juillet. A ce moment, idées de jalousie, scènes à son mari, se dispute avec sa mère et la bat.

Est envoyée à Maison-Blanche, où après quelques jours de traitement elle redevient normale. Sa famille fait retarder sa sortie jusqu'au 6 octobre.

OBSERVATION XXI

(Prise dans le service du D^r Bonnet)

Mme V..., 36 ans, accouche le 23 avril 1920 et fait les jours suivant un accès maniaque avec loquacité, propos sans suite, chants. Internement de deux mois à la suite duquel la malade sort guérie le 26 juin.

Cette femme avait été internée 4 ans avant son mariage.

Elle avait eu un premier accouchement sans troubles psychiques.

OBSERVATION XXII

(Prise dans le service du D^r Rogues de Fursac)

Mlle K..., 20 ans : accouchement le 6 février. Internement le 23 pour excitation maniaque et hallucinations. Sort guérie le 29 octobre après 8 mois de traitement.

OBSERVATION XXIII

(Prise dans le service du D^r Bonnet)

Mme J... accouche le 8 octobre 1921. Les jours suivants présente des troubles vagues et au 15^e jour se déclare une crise de manie : Cris, agitation, excitation.

La malade entre à Ste-Anne, puis à Maison-Blanche, d'où elle sort en voie de guérison le 10 mars.

OBSERVATION XVII

(Prise dans le service du D^r Bonnet)

Mme C..., accouchement dans les derniers jours de mars ; des troubles mentaux apparaissent 15 jours plus tard. La malade est alors traitée à l'Hôtel-Dieu.

Le 23 mai, elle est envoyé à Ste-Anne avec le certificat suivant :

« Troubles mentaux consécutifs à un accouchement remontant à deux mois. Confusion mentale avec désorientation. Agitation, incohérence des actes, rires non motivés, stéréotypie motrice, catatonie intermittente, amélioration de l'état général ».

Le 11 septembre, la malade quitte Maison-Blanche après un séjour de 4 mois et rentre chez elle guérie.

OBSERVATION XXVIII

(Prise dans le service du D^r Bonnet)

Mme C... entre à Maison-Blanche le 2 juillet 1921 venant de l'Hôtel-Dieu où elle avait accouché un mois auparavant d'un enfant mort.

A son entrée elle présente de la mélancolie avec hallucinations de l'ouïe : elle entend la voix de son père.

La guérison est complète en quatre mois.

OBSERVATION XXIX

(Prise dans le service du D^r Rogues de Fursac)

Mme M..., 44 ans, a toujours eu une bonne santé. Caractère bizarre : à 13 ans a fait une fugue et a été ramenée par les gendarmes. Plus tard a été femme de chambre et changeait constamment de place : séjour dans une maison de tolérance.

La mère de la malade a 70 ans et n'a jamais été internée. Père inconnu.

Mme M... accouche le 23 janvier 1920 à la Pitié. Accouchement normal.

Le 8 février la mère et l'enfant sont envoyés à Nanterre. L'enfant est nourri exclusivement au sein pendant 8 mois.

En novembre Mme M... revient vivre avec sa mère et sa sœur mariée. Pendant 3 mois elle reste normale. L'enfant reçoit alors une alimentation mixte.

En février elle cesse de soigner son enfant, le prive de nourriture et menace de l'étrangler. Internement de la malade avec le certificat suivant :

« Est atteinte de débilité mentale, excitation psychique, peut-être hypomaniaque-puerpéralité. Interprétations, récri-

minations, insociabilité dans sa famille, loquacité, incurie de sa situation actuelle, trouble du sommeil.

Griefs contre les siens, tirés des mesures de protection prises contre elle envers son enfant.

Son beau-frère veut voler cette enfant : elle est entourée de tucuses d'enfants ; on veut donner sa fillette ; on la croit amoureuse de son beau-frère.

Propos inconstants et changeants. Agitation avec agressivité, aurait frappé sa mère et sa sœur et fait mine d'étrangler sa fille pour ne pas la laisser à autrui.

Antécédents personnels : A eu la teigne à 13 ans. Ethylisme, prostitution.

Actuellement, après deux ans d'internement, la malade est calme, confuse. Idées de persécution contre les siens. Elle réclame sa sortie.

Son état général est bon, mais son état mental ne lui permet pas de reprendre la vie normale.

OBSERVATION XXX

(Prise dans le service du Dr Rogues de Fursac)

Mme P..., 47 ans, entrée à Ville-Evrard, le 24 novembre 1919. Elle allaitait son cinquième enfant.

Avait déjà été internée 6 mois en 1916 pour dépression psychique avec appoint confusionnel à la suite d'un accouchement. Depuis son admission à Ville-Evrard, a des périodes de dépression mélancolique pendant lesquelles elle est hostile, inactive, refuse de parler. Ces périodes alternent avec des moments d'excitation, durant lesquels elle demande sa sortie.

« Actuellement, 9-3-23, la malade est déprimée, mutisme complet. Elle est tantôt excitée, tantôt déprimée, jamais normale : il est peu probable qu'elle puisse jamais vivre en liberté » (Rogues de Fursac).

OBSERVATION XXXI

(Prise dans le service du D^r Rogues de Fursac)

Mme C..., 42 ans, a été internée le 30 juin 1916 avec le certificat suivant pour « débilité mentale avec affaiblissement psychique secondaire, idées délirantes polymorphes et absurdes » :

Etat continu de distraction, propos décousus, croyance à la résurrection d'un petit garçon âgé de un an qu'elle a perdu il y a trois ou quatre ans, doute sur la réalité de la mort de ses parents qu'elle prétend parfois reconnaître dans la rue, lettres incohérentes aux autorités de son département (Savoie), réclamations de places, de certificats de bonne vie, etc.

Indifférence, inertie, vient de Nanterre où elle était hospitalisée depuis le 10 juin 1916. Allait un petit garçon de 5 mois ».

(Signé Dupré).

Le 17 décembre 1918 on note que « cette malade est toujours incohérente, n'a plus d'accès de violences ; s'alimente bien et veut toujours s'en aller ».

On pourrait recopier cette même note pour résumer son état quand nous l'avons vue en mars 1923.

Cette femme a eu trois enfants, les deux aînés sont nés en Savoie. Les accouchements se seraient bien passés ?

L'enfant que la malade allaitait, lors de son internement, est né à la Charité, le 5 janvier 1916.

On ne peut avoir aucune précision sur les antécédents héréditaires de cette malade qui aurait eu 8 frères et sœurs et en aurait perdu trois ?

Il est également impossible de rien savoir sur ses antécédents personnels qui pourraient expliquer la chronicité de son état.

OBSERVATION XXXII

(Prise dans le service du D^r Bonnet)

Mme P..., 31 ans, a été internée le 12 octobre 1914 avec le certificat suivant du D^r Dupré :

« Agitation anxieuse avec cris, pleurs, lamentations, attitude et propos de désespoir. Discours décelant des idées de persécution contre son mari, les parents de celui-ci et certaines voisines. Troubles psychiques aigus et récents apparus il y a quelques jours au cours de l'allaitement d'une fillette de deux mois qu'elle a déclaré à son mari ne pas être de lui. La malade dit qu'elle n'aime pas son mari et qu'on peut lui couper la tête ».

A l'asile, le D^r Briant signe le certificat suivant :

« Est atteinte de folie puerpérale avec agitation anxieuse ».

Reste à St^e-Anne d'octobre 1914 à 1921, est alors envoyée à Maison-Blanche avec le certificat suivant du D^r Sérieux :

« Démence précoce avec excitation, impulsions violentes par intervalles ».

Actuellement s'occupe au ménage, assez bien orientée dans le temps, parle continuellement seule, propos sans suite, périodes de mutismes. Rires ou cris non motivés, part subitement quand on l'interroge.

De nos observations il résulte que la plupart des psychoses puerpérales guérissent rapidement : la durée moyenne des accès est de cinq mois environ : cependant certains d'entre eux sont plus courts, d'autres plus longs.

Peut-on prévoir, au début ou au cours de ces accès, quelle sera leur durée? Nous ne le croyons pas. Certaines femmes ont des antécédents aussi peu

chargés que possible : pas de troubles psychiques dans leur ascendance, pas d'intoxication, intelligence normalement développée et font pourtant des troubles de plusieurs mois.

Notre observation rapporte, par contre, l'histoire d'une femme ayant été internée elle-même pendant neuf mois lors d'une première grossesse et qui guérit en quelques semaines, d'une psychose survenue après un deuxième accouchement.

Marcé rapporte séparément la statistique des folies des nouvelles accouchées et celles des psychoses des nourrices. Chez celle-ci, d'après sa statistique, les troubles persisteraient beaucoup plus longtemps. Nous avons étudié nos observations sur ce point et nous n'avons pas fait la même remarque. Selon nous, l'évolution serait la même que la psychose, soit tardive ou non.

Au contraire, l'étude de l'état antérieur du sujet et de ses antécédents est plus utile au pronostic lointain de cette affection.

C'est là selon nous se trouve la cause des psychoses survenant à plusieurs accouchements successifs ou à des occasions diverses. Une observation de Dupoy est typique à cet égard ; il s'agit d'une femme dont la mère est morte dans un asile, restée 38 ans bien portante et qui attend pour faire ses accès de folie trois fois un accouchement, une fois un panaris, une autre fois un abcès dentaire.

Traitement

Les longues considérations que nous venons d'émettre sur la pathogénie et le pronostic des psychoses puerpérales nous permettent d'être brefs dans ce chapitre.

Si la malade a eu un ou plusieurs accès d'éclampsie immédiatement ou quelques jours avant la psychose, il conviendra de la désintoxiquer par des purgatifs léger et répétés et par un régime d'abord très sévère que l'on adoucira ensuite : diète, régime lacté puis lacto-végétarien.

Le chloral, le bromure pourront parfois rendre des services.

Il conviendra de garder la malade chez elle ou à l'h pital le plus longtemps possible, car ces troubles mentaux sont généralement passagers. Toutefois il conviendra de ne jamais laisser la femme seule avec son enfant. Cette précaution sera de rigueur non seulement dans les psychoses déclarées, mais aussi chez toutes les femmes ayant eu un accès éclamptique car, nous l'avons dit, les troubles psychiques surviennent souvent tardivement et brusquement. Leur premier signe révélateur pourrait être un infanticide.

★★

Si les accès d'éclampsie ont manqué, il faudra rechercher l'infection en prenant la température, si l'état d'agitation de la malade le permet, et surtout en comptant les pulsations. L'examen attentif, organe par organe, montrera parfois un foyer d'infection. Dans ce cas, c'est le traitement de cette affection qu'on mettra en œuvre ; ouverture d'un abcès du sein, curettage de l'utérus s'il y a rétention placentaire, glace sur le ventre (si la malade est calme).

Eventuellement on usera des traitements anti-infectieux que l'on jugera indiqués : métaux colloïdaux, sérumthérapie ou abcès de fixation.

L'internement ne sera pratiqué que si les troubles mentaux persistent après la guérison ou l'amélioration des signes généraux. Il va de soi que durant le traitement l'enfant devra être séparée de la malade et que celle-ci sera surveillée d'une manière constante.

★★

Dans d'autres cas, la fièvre sera absente, le pouls peu rapide, les symptômes généraux peu graves et les troubles mentaux domineront la scène.

Là encore il conviendra de pratiquer un examen complet de la malade et surtout de bien préciser l'état de l'utérus et des annexes.

Piqué a obtenu des résultats thérapeutiques très intéressants en traitant systématiquement toutes les

lésions utérines que présentaient les malades. Les observations que citent Privat de Fortunie dans sa thèse ne sont pas toutes probantes mais certaines d'entre elles sont assez démonstratives pour qu'on ne doive pas selon nous négliger cette chance de guérison. (Observation XIV).

Egalement le rôle de l'auto-intoxication dans ces psychoses est certain ; il faudra donc mettre les malades à un régime désintoxiquant : purgatifs salins, diète ou régime lacté que l'on continuera quelque temps.

Généralement les troubles persisteront : on sera alors amené à faire interner ces malades.

La question ne se posera guère dans les cas où la manie prédomine : l'agitation, les cris de la malade empêcheront de la traiter soit à domicile soit à l'hôpital.

Pour les mélancoliques la question sera plus difficile à résoudre : ce sont généralement des malades calmes et tranquilles ; seul, le refus d'aliments montre à l'entourage la nécessité d'un internement, mais le médecin prévenu sait tous les dangers qui existent pour ces malades à rester sans surveillance même quelques instants. C'est parmi les mélancoliques que se rencontrent les suicides, et la plupart des infanticides dus à la folie.

Dans les cas confusion mentale pure, la surveillance est plus aisée, d'autre part l'évolution est parfois plus rapide, aussi peut-on temporiser l'internement le plus possible.

Conclusions

1° Sous le nom de psychoses puerpérales, on réunit tous les troubles mentaux ayant succédé à un accouchement, à un avortement, ou survenant chez une nourrice, exception faite pour les psychoses nettement individualisées comme la paralysie générale ou la psychose hallucinatoire chronique, quand bien même ces maladies débuteraient lors d'un accouchement.

2° Les psychoses puerpérales ainsi comprises contiennent encore des affections très diverses dans leur pathogénie, leur forme clinique et leur évolution.

Au point de vue de leur pathogénie, nous les avons divisées en 3 groupes :

Psychoses post-éclamptiques ; septicémies s'accompagnant de troubles psychiques ; psychoses survenant sans raison apparente.

Au point de vue de leurs formes cliniques, on peut distinguer des formes confusionnelles, maniaques ou mélancoliques ; généralement ces formes ne sont pas pures mais associées : confusion et manie ou confusion et mélancolie, ou enfin forme cyclique.

3° Il n'y a aucun rapport entre les conditions pathogéniques de ces psychoses et leur forme clinique.

4° Le pronostic, très variable selon les cas, doit être considéré séparément.

(a) Dans des psychoses post-éclamptiques, où il est généralement favorable, tout au moins quant aux seuls troubles psychiques.

(b) Dans les septicémies accompagnées de délire, la guérison des troubles psychiques va généralement de pair avec les troubles physiques, nous signalons pourtant plusieurs exceptions à cette règle.

(c) Dans les psychoses sans causes apparentes :

Le pronostic est presque impossible. Souvent la guérison survient mais ne peut pas être précoce.

V. Le traitement sera complexe : régime chez les auto-intoxiqués, traitement de l'infection causale dans le cas de septicémies, recherche et traitement des lésions locales pouvant entretenir les troubles psychiques toutes les fois qu'il existe une lésion utérine ou annexielle.

VI. L'internement devra être :

(a) Retardé le plus possible dans le cas de psychoses post-éclamptiques ; celles-ci guérissent souvent rapidement.

(b) Proscrit dans les formes de septicémie jusqu'à ce que la septicémie elle-même ait été traitée et guérie.

La plupart du temps les troubles psychiques dis-

paraîtront avec elle, sinon l'internement deviendra légitime.

(c) Devra être pratiqué dans les psychoses sans causes apparentes à partir du moment où l'on aura constaté l'absence de lésions du système génital pouvant contribuer à entretenir la folie.

En effet, on sera contraint d'interner les maniaques trop agités pour recevoir des soins à domicile et les mélancoliques qui ne pourraient recevoir chez eux une surveillance de tous les instants.

On pourra parfois éviter l'asile aux confuses simples, qui sont dociles et guérissent peut-être plus vite que les autres.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président

BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES

